SL/25-4-e-20 (618.2(52))

The Library of The Royal College
of Physicians
from
Lambert R. Spencer
1937

1.

BEITRAG ZUR

GESCHICHTE DER GEBURTSHÜLFE

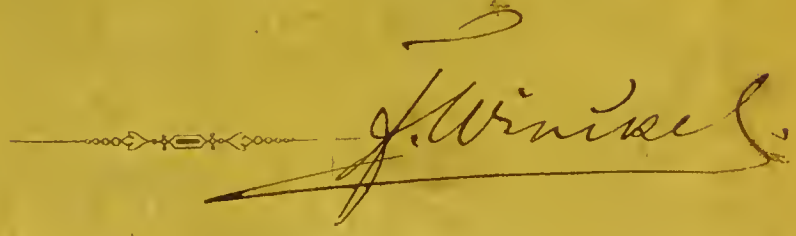
IN JAPAN

von

MASAKIYO OGATA

PRACT. ARZT

AUS OSAKA (JAPAN).



F. Winckel

Freiburg in Baden.
Buchdruckerei Hch. Epstein.
1891

COLLEGE OF PHYSICIANS

V 16

1.

BEITRAG ZUR

GESCHICHTE DER GEBURTSHÜLFE

IN JAPAN

von

MASAKIYO OGATA

PRACT. ARZT

AUS OSAKA (JAPAN).

Freiburg in Baden.
Buchdruckerei Heh. Epstein.
1891

5 L
ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS
LIBRARY
CLASS 618:2(52)
ACCN 4419
SOURCE HR Spencer gift
DATE 1937

Litteratur.

I. Japanische Litteratur.

I. Kojiki (das Buch der alten Traditionen. Es erschien 711-712 n. Chr. Geb. in 3 Bänd., von denen der erste die Kosmogonie und Mythologie der alten Japaner enthält, die beiden anderen aber die Geschichte des Herrscherhauses von 620 v. Chr. bis 628 n. Chr. behandeln.

II. Nihonki (alte japanische Geschichte). Dasselbe wurde 720 n. Chr. beendet, hat einen ähnlichen Inhalt wie das Kojiki, führt aber die Geschichte um 71 Jahre weiter, nämlich bis 699 n. Chr. Bd. II, S. 17.

III. Tokan, Bd. II, XII.

IV. R. Kuruwa: Jji-enkaku-Shi (die Geschichte der Medicin in Japan). Bd. II, 1883.

V. G. Kagawa, Sanron, Bd. II, 1765.

VI. G. Kagawa, Sanron-yoku, Bd. II, 1775.

VII. M. Kagawa, Sankwa-Kiun Bd. IV.

IVIII. M. Kagawa, Sankwa-hitsuyo, Bd. III.

X. G. Midznhara, Sankwa-Zensho, Bd. X.

X. M. Kondo, Tassei-Snsetzu, Bd. III, 1857.

XI. R. H. Sugita, Rangaku-Kotohasime (Einführung der holländischen Sprachen in Japan) Bd. I, 1874.

XII. Monatsheft für Gynäkologie und Geburtshülfe in Japan Heft 14, 1890.

XIII. Zeitschrift der medicinischen Gesellschaft in Tokio Bd. II, Heft II. 1888.

IXV. Zeitschrift der medicinischen Gesellschaft in Tokio, Bd. II, Heft IV, 1888.

IVX. Tokio Medicinische Wochenschrift Nr. 629, 1889.

II. Deutsche Litteratur.

I. E. V. Siebold, Journal für Geburtshülfe, Bd. IV, 1826.

II. G. D. Engelmann, die Geburt bei den Urvölkern, Bd. I, 1884.

III. Archiv für Gynäkologie, Bd. XII, 1877.

IV. „ „ „ „ XII, 1879.

V. A. Wernich, Zur Geschichte der Medicin in Japan, Separatabdruck aus dem Archiv für Geschichte der Medicin und medicinische Geographie, 1879.

VI. Centralblatt für Gynäkologie Nr. 49, 1883.

VII. J. G. Kohl, Alte Japan, Bd. VI, 1883.

VIII. E. Baelz, die körperlichen Eigenschaften der Japanern, Bd. II, 1883.

IX. Hugo Kreist, Bilder aus Japan, Bd. I, 1890.

X. J. J. Rein, Japan, Bd. II, 1886.

Vorwort.

Nachdem ich schon im Jahre 1885 in einer Abhandlung, die in der in Tokio erscheinenden Medicinischen Wochenschrift zum Abdruck kam, einige Erhebungen über die geschichtliche Entwickelung der japanischen Geburtshülfe veröffentlicht habe, möchte ich heute auf Grund weiterer Studien, die ich in dieser Hinsicht angestellt habe, es versuchen, einen zusammenhängenden, kurzen Abriss der Geschichte der geburtshülflichen Kunst der Japaner in deutscher Sprache zu geben, in welchem ich hoffe meinen europäischen Lesern manche interessanten Thatsachen darzubieten, die ihnen bisher aus der einschlägigen Litteratur nicht bekannt sein konnten. Zwar haben schon von mir mehrere deutsche Ärzte, die einige Jahre hindurch als Lehrer an der kaiserlichen Universität zu Tokio thätig waren, in ihren Berichten Bemerkungen über die Handhabung der japanischen Geburtshülfe mitgeteilt; es finden sich jedoch einerseits in denselben mancherlei Unrichtigkeiten und Ungenauigkeiten vor, die sich dadurch erklären, dass jene Herren sich nicht lange genug in Japan aufgehalten haben, um sich über verschiedene Verhältnisse des japanischen Volkslebens ein ganz zutreffendes Urteil bilden zu können, andererseits haben sie sich über manche sehr wichtigen Punkte gar nicht ausgesprochen, wohl weil ihnen die bezügliche japanische Litteratur nicht in wünschenswertem Maasse zugänglich oder verständlich war. In beider Hinsicht darf ich

vielleicht hoffen, durch die vorliegende Arbeit die Kenntnis der allmähligen Entwickelung der japanischen Geburtshülfe von ihren ersten Anfängen in grauer Vorzeit bis zu ihrem jetzigen modernen Standpunkte etwas zu fördern, da mir als geborenem Japaner sowohl die japanischen familiären Verhältnisse geläufig sind, als auch aus der japanischen Litteratur mir einige seltenere Quellen zur Verfügung standen, welche ich bei der Behandlung herangezogen habe. Immerhin kann meine Arbeit keinerlei Anspruch machen, als eine irgendwie erschöpfende und vollständige Darstellung angesehen zu werden; schon der Umstand, dass ich dieselbe fern von meiner Heimat, in Deutschland, verfasste, machte mir die Einsicht in viele japanische Werke unmöglich, so dass ich sowohl von meinen abendländischen Lesern als von meinen Landsleuten Verzeihung und Nachsicht erbitten muss, wenn ich meine Arbeit in der gegenwärtigen Form der Oeffentlichkeit übergebe. Näheres über die beigegebenen Abbildungen findet der Leser am Schlusse der Arbeit.

Freiburg i. B. 1891.

Der Verfasser.

Geschichtliche Darstellungen über die Entwickelung der einzelnen Wissenschaften in Japan bieten grosse Schwierigkeiten dar, da in den älteren Zeiten die in diesem Lande gewonnenen wissenschaftlichen Resultate niemals in Büchern aufgezeichnet wurden, sondern ihre Kenntnis nur durch mündliche Tradition sich von Generation zu Generation fortpflanzte. In besonderem Maasse tritt dieser Übelstand hervor, wenn es gilt eine Beschreibung der Entwickelung zu liefern, welche die Geburtshülfe (Sankwa-gak; Sankwa-Geburtshülfe, gak-Wissenschaft.) Daselbst im Laufe der Jahrhunderte genommen hat.

Der Grund hiervon ist ein sehr einfacher. Es gab überhaupt bis zum Ende des 17. Jahrhunderts keine wissenschaftliche Auffassung und Ausübung der Geburtshülfe. Nach dem Vorgang der chinesischen medicinischen Wissenschaft, die schon in dem zweiten Jahrhundert der christlichen Zeitrechnung ihren Einfluss in Japan geltend machte, wurde die Geburtshülfe nur als ein Teil der inneren Medicin angesehen. Demgemäss bestand die Thätigkeit der Aerzte nur in dem Eingeben innerer Mittel, um den Schmerz zu lindern, oder wohl auch in der Ansicht, dass es möglich sei, dadurch eine Änderung der fehlerhaften Lage des Kindes herbeizuführen. Im Übrigen lag die praktische Ausübung der Geburtshülfe vollständig in der Hand der Hebammen, die ihre Kenntnisse und ihre Geschicklichkeit unabhängig von den Ärzten wieder auf andere

Frauen fortpflanzten. Da dies natürlich früher direct ohne Vermittlung durch schriftliche Aufzeichnung geschah, besitzen wir über die Handhabung der Geburtshülfe in der ältesten Zeit nur sehr wenige Nachrichten. Doch lassen sich bei eingehenderem Studium einige Thatsachen feststellen, deren Kenntnis nicht uninteressant sein dürfte.

I. Alte Zeit.

1. Behandlung vor der Geburt.

In den Büchern, welche uns über die älteste Geschichte des japanischen Volkes Aufschluss geben, wird berichtet, dass man schon vor 2550 Jahren die Schwangeren in Japan auf das sorgfältigste behandelt hat. Schon damals wurden dieselben, da man die Schwangerschaft nicht als einen physiologischen Vorgang, sondern als eine Krankheit ansah, in ein besonderes Zimmer (Ubya; ub-Geburt, ya-Zimmer. S. Nihon-Shoki Bd. II, S. 33, 1630) gebracht, wo sie wie Kranke verpflegt wurden. Es ist vielleicht von allgemeinerem Interesse, die Thatsache zu erwähnen, dass das erste Ubya erbaut wurde, als Toyotama-hime, die Mutter des ersten japanischen Kaisers der Geburt ihres Kindes entgegensah. Ebenfalls sehr alt ist der Gebrauch der Leibbinde (Hara-obi; Hara-Bauch, obi-Gürtel) seitens der schwangeren Frauen. Es giebt jetzt noch mehrere japanische Ausdrücke für Leibbinde, wie Kettai, Tintai, und Iwata-obi, aber sie sind ausschliesslich im Gebrauche der Aerzte, während sich der ersterwähnten Bezeichnung das Volk bedient. Über die Art und Weise, wie sie zuerst zur Anwendung gelangte, erzählt man in Japan folgende Geschichte. Im Jahre 242 n. Chr. Geb. kamen die Koreaner nach Japan, um dasselbe zu erobern.

Der 14. Kaiser Chuai-Tenno (191—209 n. Chr. Geb.), dessen Sohn später zum Halbgott erhoben wurde, griff zum Schwert, um den feindlichen Einfall abzuwehren; allein er fiel, von einem Pfeile tötlich verwundet, in der Schlacht; da stellte sich seine durch Entschlossenheit und kriegerischen Mut gleich ausgezeichnete Gemahlin jngu-kogo an die Spitze des Heeres, besiegte den Feind und verfolgte ihn sogar bis in sein Land. Den Heldensinn dieser Kaiserin muss man um so mehr bewundern, wenn man erfährt, dass sie damals gerade in der Hoffnung war. Um nun trotz ihres Zustandes den Krieg siegreich zu Ende führen zu können, fertigte sie sich einen Gürtel an, den sie um den Leib schlang und der ihr gute Dienste leistete. Von dieser Zeit an wurde das Tragen einer Leibbinde während der Schwangerschaft in Japan bald allgemein Sitte.

Im 5. Monate nach der Empfängnis liess die Frau, die sich schon früher von der Hebamme ihre Schwangerschaft hatte bestätigen lassen, dieselbe wieder rufen und sich von ihr mit einem 1 Fuss breiten und 8 Fuss langen Stüke Zeug den Leib umwinden. Diese Binde ward bis zur Geburt getragen, um einerseits die regelmässige Entwickelung des Embryos zu befördern, andererseits aber auch ein übermässiges Wachstum, das die Entbindung erschweren konnte, zu verhindern. Von dem erwähnten Zeitpunkte an kam nun die Hebamme 2—3 mal monatlich und bestrich mit ihren Händen den Leib der Schwangeren, um die richtige Lage des Kindes dauernd zu erhalten, oder eine fehlerhafte Lage in eine solche zu verwandeln, die bessere Aussichten für die Geburt gewährte. Vom 7. Monate an begannen die Frauen, die ihre Niederkunft erwarteten, in Rücksicht auf das baldige Bevorstehen derselben besondere Vorsichtsmassregeln hinsichtlich ihrer Lebensweise zu treffen. Sie verhielten sich möglichst

ruhig und legten sich auch in ihrer Ernährung einige Beschränkungen auf; so genossen sie in manchen Provinzen während dieser Zeit keinerlei Fleischspeise[1]) auch vermieden sie sorgsam jeden unwillkommenen Anblick und hüteten sich vor jedem unangenehmen Geräusch oder lautem, erregten Gespräch, damit dadurch kein ungünstiger Einfluss auf das Leben des Kindes ausgeübt würde. Ebenso gingen sie ängstlich dem Anblick von Kaninchen und Hasen aus dem Wege, aus Furcht, ihr Kind möchte mit einer Hasenscharte zur Welt kommen.

In vielen Gegenden suchten sie sich auch möglichst dem Anblick eines lodernden Feuers zu entziehen, weil man meinte, dass das Kind sonst bei der Geburt auf einer Haut blaue Pigmentflecken zeigen würde.

Dagegen unterzogen sich die Frauen nicht, wie man meinen könnte, besonderen religiösen Übungen; sie besuchten die buddhistischen Tempel gewöhnlich während der Gravidität nicht häufiger als sie sonst zu thun pflegten, und beobachteten auch keinerlei besonderen fromme Gebräuche ausser denen, die ihnen ihre religiöse Satzung ohnehin vorschrieb. Dagegen fanden einige andere Zeremonien statt. So wurde z. B. im 5. Monat der Schwangerschaft ein glückverheissender Tag bestimmt für die Anlegung eines Gürtels aus weisser und rother Seide, der zusammengefaltet war und eine Länge von acht Fuss hatte. An diesem Tage zog der Gatte den Gürtel aus dem linken Ärmel eines Gewandes hervor, die Gattin empfing ihn dann in den rechten Ärmel ihres Kleides und legte ihn zum ersten Male an. Diese eigentümliche symbolische Verrichtung

[1]) Es handelt sich dabei nur um das Fleisch von Geflügel und Wildpret, das früher neben Fischen allein gegessen wurde; Fleisch von Ochsen, Schweinen etc., das jetzt in den Städten viel genossen wird, assen damals höchstens die Gerber, die die niedrigste Klasse in Japan bildeten.

fand nur einmal statt. War die Schwangerschaft soweit fortgeschritten, dass man annehmen konnte, die Geburt des Kindes würde drei Wochen später eintreten, so zogen sich die Frauen in das „Geburtszimmer“ zurück, wohlhabende Frauen auch in ein besonderes Haus. Das Geburtszimmer, in welchem die Frau auch während der Dauer des Wochenbettes liegen blieb, war mit verschiedenen bestimmten Gegenständen versehen. Darin befanden sich zwei Holzzuber (Teoke) mit reinem, klarem Wasser; der eine, um die Unterröcke hineinzulegen, der andere für die Nachgeburt bestimmt. Ferner war stets vorhanden ein Armstuhl ohne Beine für die Mutter, auf welchen sich dieselbe in der letzten Zeit der Schwangerschaft aufstützte.

Für die Hebamme war ein Schemel (Koschikake) aufgestellt, den sie beim Waschen des Kindes benützte; auch stützte sie sich auf denselben, wenn sie die Frau um die Lenden fasste. Ausserdem lagen noch mehrere Kissen von verschiedener Form und Grösse bereit, damit die Wöchnerin ihren Kopf nach Gefallen unterstützen könnte; ferner durften einige Eimer, Becken und Löffel von verschiedener Grösse nicht fehlen. Auch mussten 24 Kinderkleider, zwölf von Seide und zwölf von Baumwolle, bereitgehalten werden, deren Säume safrangelb gefärbt sein mussten.

Für die Hebamme war eine Schürze vorhanden, um zu verhindern, dass diese das Kind, wenn es von hohem Range war, beim Waschen gleich auf ihre eigene Kniee legte; diese Schürze sollte aus einem baumwollenen Schleiertuche gemacht sein. Mit einem solchen feinen baumwollenen, nicht gesäumten Schleiertuche sollte auch das Kind, wenn es aus dem warmen Wasser genommen würde, abgetrocknet werden. Die schwangeren Frauen selbst nahmen, kurz nachdem

sie das Geburtszimmer bezogen hatten, noch einige Bäder, wechselten alle ihre Gewänder mit Ausnahme der Unterkleider und erwarteten dann ruhig und geduldig das weitere Einwirken der Natur.[1])

---

2. Behandlung während der Geburt.

Wenn die Geburt herannahte, wurden eine oder mehrere Frauen und dann auch die Hebamme gerufen, wenn sie nicht, den Tag voraus berechnend, schon von selbst gekommen war, um nach der Schwangeren zu sehen. Ein Mann war höchst selten zugegen; nur wenn die Geburt schon drei Tage dauerte, ohne einen wesentlichen Fortgang zu zeigen, wurde ein Arzt herbeigerufen. Dagegen wurde eine Hebamme (Sanba-San; San-geburt, ba- alte Frau, San-Titel für eine Frau) fast immer hinzugezogen; nur bei ganz armen Leuten besorgte die eigentliche Hülfeleistung bei der Geburt eine sonstige Frau, gewöhnlich eine Wittwe, die einer Hebamme die wichtigsten Handhabungen abgesehen hatte. Die erste Sorge, welche den Beistand leistenden Frauen am Herzen lag, galt der richtigen Lagerung der Gebärenden. Auf die Strohmatte, (Wara-

---

[1]) Anm.: Die soeben geschilderten Verhältnisse kann man zum grössten Teile auch heute noch beobachten. Doch wird jetzt, wenn es nicht ganz wahrscheinlich ist, dass die Schwangerschaft völlig normal verlaufen wird, vielfach auch der Arzt gerufen. Handelte es sich um eine Fehlgeburt (abortus), so wurde auch in der alten Zeit gewöhnlich ein Arzt hinzugezogen, ausser wenn dieselbe zu verbrecherischen Zwecken absichtlich herbeigeführt worden war, was durch Zersprengen der Wasserblase mit einem Stäbchen (gefertigt aus zwei in Japan vorkommenden Pflanzen; Hodzuki-Physalis Alkekengie oder Mukuge-Hibiscus Syriacus) oder auch mit dem Finger, oder aber durch Einnehmen eines besonders starken Abführmittels geschah. Wurde eine solche Vernichtung keimenden Lebens entdeckt, so wurden alle dabei Beteiligten strenge bestraft.

Tatami; Wara-Stroh, Tatami-Matte), die unmittelbar den Boden bedeckte, wurde eine dicke, mit Baumwolle gepolsterte Matratze (Futon) gelegt. Dann wurden einige Futons zusammengerollt und als Kissen benützt, an welche sich die Gebärende mit ihrem Rücken anlehnte, während die Kniee gebeugt waren, und sich die Unterschenkel beinahe hinter den gekehrten Sohlen unter den Oberschenkeln befanden. Während der Senkung und Austreibung der Frucht kniet die Frau, d. h. der Rumpf ruht auf den Zehenspitzen und Knieen; diese Haltung hat den Zweck, eine Blutcongestion nach dem Kopfe zu vermeiden. Der Rumpf neigt sich dann vorüber, und die Gebärende hält sich an einer Hebamme fest, welche ausserdem den Unterleib der Frau behutsam reibt. Vor die Füsse kam dann noch ein Stoss Futons; ein Stuhl oder auch ein besonderer Sessel wurde herbeigebracht, an den sich die Kreissende mit den Knieen anstemmte.[1])

In anderen Fällen nahm auch eine Freundin der Wehmutter eine bestimmte, meist knieende Stellung vor oder hinter der letzteren ein, um sie bei etwaiger Ermüdung des Körpers zu unterstützen und aufrecht zu erhalten. Die Verrichtungen der Hebamme, welche der Geburt beiwohnte, bestanden darin, dass sie den Leib der Gebärenden rieb, leicht auf denselben klopfte und auch einigen Druck auf ihn ausübte. Beim Hervortreten des Kindes hob sie den Damm vom After her, und während des Durchtretens drückte sie ihn nach

[1]) Anm.: Vor fünfzig Jahren ruhte die Kreissende während der Geburt in einem Rahmengestelle, das in Fig. IV abgebildet ist, aber gegenwärtig legt man mehrere gewöhnliche Bettstücke (zusammengerollte Matratzen) als Rückenstütze auf. Dass sich die Frauen der niederen Volksklassen noch heute auf ebener Erde, auf einer Matratze liegend, entbinden lassen, wie Engelmann in seinem Werke (Geburt bei Urvölkern 1884) behauptet, ist nur in einigen Provinzen üblich, und es geschieht besonders, um das Umfassen und Drücken des Mutterleibes zu erleichtern.

dem Ausgange hin, also nach vorn. Dann nahm sie das Kind weg, wobei sie auf den Uterus keinen Druck mehr anwendete, schnitt die Nabelschnur 3 Zoll vom Nabel entfernt mit einem Messer aus Kupfer oder Bambus[1]) ab und brachte das Kind in ein bereitgehaltenes Bad. (Ubuyu; ubu-Geburt, yu Bad). Es ist kein Zufall, dass gerade Messer aus Kupfer oder Bambus im Gebrauch waren, sondern es existierte seit den ältesten Zeiten bei den Japanern allgemein der Glaube, dass Eisen auf alle Wunden einen nachteiligen Einfluss hätte, deshalb fürchteten sie sich vor Operationen mit einem eisernen Instrumente; zugleich glaubte man auch, dass die Blutung bei Anwendung scharfer Messer eine grössere sei. Es wurden daher nur schneidende Instrumente aus Bambus oder Porzellanscherben oder auch Dornen vom Orangenbaum zum Operieren verwendet. Vornehme Leute bedienten sich auch goldner oder silberner Messer. Diese eigentümlichen Anschauungen wichen aber schon vor etwa 200 Jahren der allgemeinen vernünftigen Auffassung, so dass man sich seit dieser Zeit auch in Japan der gewöhnlichen stählernen Messer bedient. Die Nachgeburt wurde durch Reiben des Bauchs am Fundus Uteri (ähnlich wie bei der Crede'schen Methode) zu fördern gesucht. Zögerte sie zu lange, so wurde sie durch Druck von Oben und zugleich durch Ziehen am Nabelstrange herausgeholt. Folgte sie auch so nicht, so ward sie mit einer besonderen Zange aus Elfenbein oder mit der Hand extrahiert. Sie wurde dann in ein Gefäss von vorgeschriebener Form gebracht; gehörte sie einem Knaben an, so legte man eine Stange chinesicher Tusche (Sumi) und einen Schreibpinsel (Fude) dazu, weil man glaubte, dass nun aus dem Knaben um

[1]) Anm.: Das in diesem Abschnitt Gesagte ist jetzt noch vielfach so, wenn kein Arzt zugegen ist; in letzterem Falle aber wird die Gebärende heutzutage gewöhnlich nach europäischer Art behandelt.

so eher ein grösserer Gelehrter heranreifen würde, dann barg man die Placenta in der Tiefe des Erdbodens. Aber es finden sich in Japan seit ungefähr 15 Jahren zur Bestattung der Placenta sogenannte Maino-Sho, (Kirchhof), in welchen an bestimmten Orten der Kuchen begraben wird.

---

3. Behandlung nach der Geburt.

Das neugeborene Kind wurde sogleich mit lauem Wasser abgewaschen und, nachdem es von allen Unreinigkeiten gesäubert war, mit Leinwand weder zu lose noch zu fest eingewickelt. Während der ersten zwei oder drei Lebenstage gab man ihm noch nicht die Mutterbrust, sondern ein eigentümliches Getränk jumi-Gokooto genannt, welches aus nachstehenden Arzneimitteln zusammengesetzt war:

Jin-kô:	Lignum Aquillariae (Aquillarineae,)
Mok-kô:	Radix Auclandiae (Auclandia costus, Compositae),
Niu-kô:	Olibanum (Boswellia floribunda, Burseraceae),
Kwak-kô:	Radix Lophanti (Lophantus rugosus, Labiatoe),
Chô-kô:	Flores Coryophylli (Coryophyllus Aromaticue, Myrtaceae),
Shô-Ma:	Rhizoma Cimifugae (Cimifuga simples Ranunculaceae),
Dai-ô	Rodix Rhei (Rheum, undulatum etc. Polygoneae),
Kak-kon	Radix Puerariae (Pueraria Thunbergiana, Leguminoeae),

Ren-Gyo: Fructus Forsythia (Forsythia suspensa, Oleaceae),
Kô-kwa: Flores Carthami (Corthamus Tinctorius, Compositeae).

Bei armen Leuten wendet man statt dieses Getränkes auch einen andern an, der aus folgendem besteht:

Wô-gon: Radix Scutellariae (Lobiateae),
Wô-Ren: Radix Captides (Ranuncutaceoe),
Dai-ô: Radix Rhei (Rheum undulatum etc.)
Kan-Zô: Liquiritia (Grabra),
Kô-kwa: Flores Corthami (Corthamus Tinctorius).

Auf die äusseren Genitalien der Wöchnerin wurde gleich nach völliger Beendigung der Geburt mit Rüböl getränkte Watte gelegt und ihr eine Arznei gegeben, deren wirksamste Bestandteile Amygdala, Persica und Cinnamomem waren, und die den Uterus zur gehörigen Contraction bringen sollte. Dann liess man die Frau regelmässig die linke Seitenlage einnehmen, in der sie sich ganz ruhig verhalten musste; auch blieb sie auf der bei der Entbindung auf dem Boden ausgebreiteten Matratze liegen. Dabei war aber die Haltung ihres Körpers nicht fast ganz wagerecht, wie es in Europa der Fall ist, sondern mit dem Kopfende mehr aufrecht, auf mehrere übereinandergeschichtete Kissen gelehnt. In dieser Stellung verblieb sie etwa 3 Tage, während welcher Zeit die Lehne allmählich durch Wegnahme von Kissen niedriger gemacht wurde, bis sie endlich mit dem Kopfe nur noch auf einem hohen Kissen lag. Erfolgte nach der Geburt eine Blutung, so verstopfte man die Öffnung der Geschlechtsteile mit Leinwand oder einem anderen Stoffe, der für diesen Zweck in Bereitschaft gehalten wurde. Die Kranken mussten in diesem Falle ausserdem eine solche Lage einnehmen,

dass die Geschlechtsteile verengt, ja sogar ganz geschlossen wurden, bis durch Gerinnung des Blutes in den Genitalien die Blutung vollkommen gestillt war.[1])

Da das Puerperalfieber, wie es auch jetzt noch der Fall ist, nicht häufig vorkam,[2]) weil die Japaner von jeher, wie in allen Stücken, so auch bei der Entbindung die grösste Reinlichkeit beobachten, so konnte in der Regel schon 7 Tage nach der Geburt in Beisein der Verwandten das übliche Mittagsmahl gehalten werden, bei welchem, wenn das Kind ein Knabe war, allerlei laute Freudenbezeugungen und wortreiche Beglückwünschungen stattfanden. War die Geburt ungünstig verlaufen, so wartete man damit bis zum 21. Tage, an welchem sonst die Mutter, nachdem sie ein Bad genommen, das Geburtszimmer verlassen, und während sie vorher strenge Diät gehalten hatte, wieder mit der Familie speisen, auch zu ihrer gewohnten Beschäftigung zurückkehren durfte.

Während dieser Zeit trug sie auch immer noch die Leibbinde, die gewöhnlich erst 5 Wochen nach der Geburt abgelegt wurde. Nur kurz möchte ich noch auf den sonderbaren Aberglauben hinweisen, dass man

---

[1]) Nach anderen Angaben blieb die Wöchnerin länger, bis zum 21. Tage, halbliegend.

[2]) Die entgegenstehende Behauptung von Wernich ist nicht richtig.

[3]) Am siebenten Tage nach der Geburt empfing auch das Kind seinen Namen. Diese Ceremonie wurde „die Beglückwünschung der siebenten Nacht", genannt. An dem genannten Tage wählte einer der Verwandten der Familie, der entweder wegen seines hohen Ranges oder wegen seiner Tugenden ein grosses Ansehen genoss, einen Namen für den Knaben, welchen derselbe fortan beibehielt bis zu der Zeit des Abschneidens der Stirnlocke, wo er alsdann denjenigen Namen annimmt, den er als Mann tragen soll. Der zweite Name hiess „Jeboshina" (Eboshi eine Hofhaube und Na ein Name), oder „Haubenname", und wurde gewöhnlich aus Silben zusammengesetzt, die teils einem alten Namen aus der Familie, teils dem Namen des Paten entnommen wurden. Vgl. Shôrei-hikki, Verzeichniss der Ceremonien).

eine Wöchnerin, die im Wochenbett starb, für eine Person hielt, die sich schwer versündigt haben müsste und nun dafür schwere Strafe im Jenseits zu erwarten hätte. Die Angehörigen der Verstorbenen suchten dann in einer von den Priestern angegebenen Weise eine Entsühnung der Toten herbeizuführen.

Hugo Kleist erzählt in seiner „Schilderung des japanischen Volkslebens“ Folgendes: Ein grosses Stück Leinwand mit dem Namen der im Wochenbette Verstorbenen wurde an vier Pfählen auf der Strasse befestigt, und ein Fass voll Wasser mit einem Schöpflöffel daneben gestellt. Jeder Vorübergehende fühlte sich dann verpflichtet, Wasser auf die Leinwand zu giessen, in dem Bewusstsein und mit dem Wunsche, durch dieses Symbol der Reinheit die Sünden von der Seele der Armen abzuwaschen. Löste sich endlich die Leinwand unter den fortwährenden Wassergüssen auf, so war die Seele von ihren Qualen befreit und wurde aus ihrem bisherigen Aufenthalt des Schreckens, einer Art Fegefeuer, zu „Jôbutz“ in die Gefilde der Seligen versetzt.

Die Entwöhnung der Kinder von der Mutterbrust werde stets am 120. Tage nach der Geburt in feierlicher Weise begangen; doch ist darunter nur eine nominelle Entwöhnung zu verstehen.[1])

Wenn das Kind ein Knabe war, wurde es von einem männlichen Verwandten, wenn ein Mädchen, von einer weiblichen Verwandten zum erstenmal an diesem Tage gefüttert. Dies geschah in folgender Weise: das Kind wurde herbeigetragen und dem „Entwöhnungspathen“ übergeben. Dieser nahm etwas von

[1]) In Wirklichkeit werden in Japan die Kinder viel später als in Europa entwöhnt. Man sieht es dort nicht selten, das eine Mutter aus der ärmeren Classe ihren derben Jungen von fünf oder sieben Jahren an ihrer Brust säugt. Die Frauen glauben, dass auf diese Weise die Kosten der Kinderernährung vermindert werden.

dem den Göttern geopferten Reis und legte ihn auf den Rand eines neben ihm gestellten kleinen Tisches. Er tauchte seine Gabel (2 Essstöckchen) dreimal in den Reis und steckte sie vorsichtig in den Mund des Kindes, um ihm etwas von dem Reissafte beizubringen. Auch wurden fünf Reiskuchen auf die linke Seite des kleinen Tisches gelegt, und der Entwöhnungspathe steckte auch von diesen dem Kinde dreimal ein Pröbchen in den Mund. Nach dieser Ceremonie wurde das Kind der Wärterin zurückgegeben. Alsdann wurden drei Weintassen auf einen Präsentirteller aufgestellt, welche der Entwöhnungspathe austrank, nachdem auch das Kind einige Tropfen davon genippt hatte. Auch getrockneter Fisch wurde aufgetischt. Das Kind empfing darauf von dem Pathen und umgekehrt der Pathe von dem Kinde ein Geschenk. Die Wärterin musste sich den Regeln des Anstandes gemäss während des ganzen Vorganges beständig in der Nähe des Kindes aufhalten. Den Schluss der Feier bildete ein Gastmahl, an dem alle anwesenden Verwandten teilnahmen, und das so gut als die Mittel der Familie es erlaubten, hergerichtet war. An dem soeben beschriebenen Entwöhnungstage legten die Kinder auch die Säuglingslinnen ab und wurden dafür mit verschiedenen bunten Kleidern geschmückt. Aber mit dem Ablegen der Säuglingslinnen war keineswegs auch das Säugungsgeschäft für die Mutter beendigt. Gewöhnlich wurden die Kinder vielmehr bis zum 2ten oder 3ten, ja sogar bis zum 4ten oder 5ten Lebensjahre von der Mutter gesäugt. Die japanischen Mütter haben hierzu gewöhnlich auch reichliche Nahrung. Trotzdem jedoch kam schon sehr frühzeitig in Japan die Sitte auf, das Säugungsgeschäft einer Amme zu übertragen oder das Kind mit Kuhmilch zu ernähren.

Da nämlich Tojotama-hime, die Mutter des ersten japanischen Kaisers, bei der Geburt desselben

keine Milch in ihren Brüsten hatte, so übernahm ihre Schwester Tamayori-hime für sie das Säugungsgeschäft. Seit jener Zeit war es bei wohlhabenden Leuten nicht mehr Sitte, dass die Mutter selbst stillte.

Wir müssen noch einen ganz eigentümlichen Gebrauch erwähnen, der, wie überhaupt das Meiste des bisher Berichteten, noch heute vielfach beobachtet werden kann. Derselbe betrifft die Behandlung des Nabelstranges nach der Geburt. Dieser wurde von dem Mutterkuchen getrennt und dann zuerst in mehrere Lagen weisses Papiers, endlich noch in einen besonderen Bogen, welcher die vollen Namen der Eltern enthielt, eingewickelt und in dieser Umhüllung in dem Familienarchiv niedergelegt. Starb das Kind bald, so ward es mit demselben beerdigt, wuchs es aber heran, so trug es ihn, was freilich heute nur noch selten geschieht, beständig bei sich und ward schliesslich auch mit ihm begraben.

2. Neuere Zeit.

In unseren bisherigen Ausführungen ist die für die Hebammen massgebende, doch wissenschaftlich betrachtet, ziemlich mangelhafte Geburtshülfe beschrieben worden, wie sie schon in alter Zeit in Japan ausgeübt wurde. Auf diesem Gebiete trat auch lange Zeit hindurch keinerlei Änderung und Verbesserung ein, weil sich die Ärzte zu wenig mit der Ausübung der geburtshülflichen Kunst befassten, was teilweise seinen Grund auch darin hatte, dass denjenigen unter ihnen, welche dieses Fach practisch betrieben, ein niedrigerer Rang zuerteilt wurde, als den übrigen. Auch von Seite anderer Völker ging keine Anregung aus, welche die japanischen Ärzte veranlasst hätte, sich mit unserer Spezialwissenschaft näher zu beschäftigen. Von den Chinesen konnte sie nicht ausgehen, weil sich auch ihre Ärzte jeglicher directen Hülfeleistung bei der Geburt enthielten. Die Portugiesen aber, die im 16. und 17. Jahrhundert nach Japan kamen, scheinen in diesem Punkte keinerlei Einfluss auf die japanische Medicin gehabt zu haben. Sie errichteten wohl in Tokio eine medicinische Schule, aus der für die Begriffe der damaligen Zeit kenntnissreiche und sehr geschickte Ärzte hervorgingen, allein während sie auf die übrigen medicinischen Wissenschaften dadurch grossen Einfluss gewannen, erfahren wir von einem solchen hinsichtlich

der japanischen Geburtshülfe nicht das Mindeste. Ein eingreifender Umschwung in der Auffassung und Ausübung der Geburtshülfe trat erst im 17. Jahrhundert in Japan ein, als der berühmte Geburtshelfer (San-i; San-geburt, i-arzt), Kagawa Gen-etsu (Kagawa ist Geschlechtsname, Gen-etsu Vorname), eine genauere und bessere Kenntnis derselben herbeiführte. Es ist für das Verständnis der Entwicklung der wissenschaftlichen Geburtshülfe in Japan notwendig auf das Auftreten dieses Mannes etwas ausführlicher einzugehen.

Kagawa wurde im Jahre 1698 in der Provinz Omy am Biwako (Geigensee, von der einer Geige ähnlichen Gestalt des Sees so genannt) geboren. Sein Vater war ein einfacher Bauer, allein der Sohn zeigte keine Lust zum Ackerbau; in ihm war vielmehr ein grosser Eifer zum Erlernen der Wissenschaften lebendig. Er ging daher in die alte Residenz Kioto, um daselbst dem Studium der Heilkunde abzuliegen. Da ihm aber sein Vater nicht so viel Geld schicken konnte als seine wissenschaftliche Ausbildung erforderte, so betrieb er, um sich seinen Lebensunterhalt zu verdienen, nebenbei die Ausübung der in Japan so beliebten Massage (Amma) und Nadelung (Hari.)[1])

Eines Tages befand sich in einem seiner Wohnung benachbarten Hause eine Kreissende, die bei der Entbindung viel zu leiden hatte, weil das Kind sich in Querlage zur Geburt stellte und weil ein Arm vorgefallen war. Da die Geburt ausserordentliche Schwierigkeiten hatte, so schickte man zu Kagawa, um seine Hülfeleistung zu erbitten. Und obgleich dieser angesichts des ungewöhnlichen Falles ganz auf seine eigene Überlegung angewiesen war, so gelang es ihm

[1]) Anm.: Vgl. Wernich, zur Geschichte der Medicin in Japan, Seite 13, 1878.

doch die Geburt glücklich zu Ende zu führen. Von da an wurde er vielfach auch zu anderen Gebärenden gerufen, und bald war er wegen seiner Geschicklichkeit in schwierigen Fällen so bekannt, dass man allgemein zu ihm sandte, wenn die Kunst der Hebamme zu Ende war. Später gründete er dann eine medicinische Hochschule speziell für Geburthülfe, die er lange selbst leitete, und die nach seinem Tode seine Söhne und Schüler weiterführten.[1])

Es blieb zwar auch in der Folgezeit noch die Geburtshülfe mehr das Privilegium Einzelner, die, während sich die grosse Menge immer noch ausschliesslich der Hebammen bediente, fast nur in die Wochenzimmer der Vornehmen gerufen wurden; doch wurde dieselbe fortan von den Ärzten viel mehr berücksichtigt und vor allem viel wissenschaftlicher betrieben, als es vordem der Fall gewesen war. Hierzu hat namentlich auch das grosse Werk über Geburtshülfe „Sanron" beigetragen, das Kagawa im Jahre 1765 herausgegeben hatte, und welches für uns eine seltsame Mischung von Resultaten einer guten, scharfsinnigen Beobachtung, treffenden Urteilen und Altweiberglauben darstellt.[2])

I. Von der Entwicklung des Embryos, Theorie und Praxis während der Schwangerschaft.

II. Über die Wahl des Geburtszimmers und den zu beobachtenden Sitz.

III. Über die Behandlung während der Geburt.

IV. Über den nach der Geburt zu benutzender Stuhl und die Leibbinde.

---

[1]) Schon damals kannte man drei Lagen des Kindes; Kopflage, Beckenlage und Querlage.

[2]) Neben Kagawa wirkte in jener Zeit noch ein anderer tüchtiger Geburtshelfer, Namens Hiruda Kokumei und Chûjô Tateki; allein sein Einfluss war nicht so gross als der des ersteren. Der „Sanron" zerfällt in vier Abteilungen.

Ich will im Folgenden den Hauptinhalt des Werkes kurz zusammenstellen. Im ersten Bande finden sich die Bemerkungen: die Frau ist während der ersten 10 Tage nach der Menses befruchtungsfähig, später nicht mehr, da die nächste Menstruation dann schon wieder in Bewegung ist.

Bei Erstgebärenden liegt der Termin der Geburt gewöhnlich 300, bei Mehrgebärenden 275 Tage nach der Empfängnis. Sodann werden die allgemeinen Schwangerschaftssymptome besprochen; wir erfahren, dass gewöhnlich vom 45.—50. Tage der Schwangerschaft an Kopfweh, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Erbrechen, viel Durst und ein unbezwinglicher Trieb sauere Speisen zu geniessen sich einstellte.

Die Vorschriften für die Palpation sowie die Bedeutung der Bräunung des Warzenhofes werden erläutert. Hier heisst es u. a. Wenn man die Hand auf den Unterleib einer Frau legt und dabei unzählige Pulsschläge spürt, so kann man annehmen, dass dieselbe schwanger ist. Ausdrücklich wird auch erklärt, das Kind stürze sich nicht erst kurz vor der Geburt auf den Kopf, sondern liege bereits vom 5.—6. Monate an in der Kopflage. Dagegen widerspricht Kagawa der Meinung, dass das Kind die Extremitäten an sich ziehe Bis zum 9. Monate stütze sich dasselbe mit dem Nacken an das Schambein, im 10. trete der Kopf so tief, dass er hinter das Schambein komme. Könne man beim Palpieren nicht mehr mit der Hand zwischen Kopf und Schambein eindringen, so stehe die Geburt binnen 10 Tagen bevor. Seien Zwillinge vorhanden und die Köpfe lägen in entgegengesetzter Richtung, so habe jedes Kind eine Placenta: lägen dagegen beide Köpfe nach unten oder nach oben, so sei die Placenta gemeinsam.

Kagawa hat auch die Ansicht beseitigt, dass die Frauen während der Schwangerschaft vermeiden müssten Fleisch zu essen. Ebenso wird dem Volksglauben widersprochen, dass die männlichen Kinder mit dem Rücken nach links, die weiblichen nach rechts liegen. Auf die Laienvorschrift, dass die Schwangere stets mit an den Leib gezogenen Beinen liegen müsse (im Schlafe wurden dieselben sogar angebunden, „damit nicht das Kind seine Beine in die der Mutter stecke, wie in eine Hose") wird energisch bekämpft. Unter den Vorschriften gegen Abnormitäten der Schwangerschaft wird besonders die Wendung durch äussere Angriffe genau und praktisch beschrieben. Gegen Hämorrhagien jeder Art, Krampf, Melancholie, Präcondialangst, spontanen und habituellen Abort, Kraftlosigkeit nach Bewegungen des Fötus, Fieber, Fluor albus, Urinverhaltung, unstillbaren Durst, Blähungen, verminderte Urinsecretion wird der innere Gebrauch specifisch wirksamer Pflanzlicher Heilmittel, meistens in Infusform, verordnet. Accidentelle Krankheiten, heisst es, müssen wie bei Nichtschwangeren behandelt werden, ohne sich an den Laienglauben zu kehren, dass giftige Arzneien dem Kinde Schaden brächten. Wird die Krankheit 10 Tage vor der Geburt geheilt, so kehrt das Übel gewöhnlich nicht wieder, ist es aber beim Eintritt der Geburt noch nicht geheilt, so verstärkt sich der Anfall 3—4 Tage nachher, und sicherer Tod ist die Folge.

Sehr primitiv sind noch die Anschauungen über die anatomischen Teile des Beckens. Vorschriften dagegen über die Vornahme der inneren Untersuchung finden wir bereits in Kagawa's Buch vor. Die Geburt selbst soll in hockender Stellung vor sich gehen, die sich gegen den Schluss der Knieendkauernden nähert; es wird aber ausdrücklich davor gewarnt, dass die Frau zu früh diese Stellung einnehme und „sich auf die

Matte setze.“ Von Seiten des Arztes soll nichts geschehen, um die Geburt zu beschleunigen. Die Schmerzen müssen allmälich bis zum Kreuze herabsteigen; kommt dies Gefühl bei Erstgebärenden nicht zustande, so handelt es sich um Querlage oder Absterben der Frucht. Für letzteres spricht auch das plötzliche Aufhören der Wehen.

Im Moment der Austreibung, wird weiter gesagt, dreht der Uterus seinen Mund nach hinten um, das Schamfleisch (die Labia majora) verschwindet, das Perineum dehnt sich nach oben, der After wird herausgepresst. Der Scheitel des Kindes kommt beim Verlassen des Uterus gerade auf das Perineum zu stehen; durch gewaltsames Umdrehen und Heraustreten befreit sich das Kind vom Gebärmutterausgange. Grosse Aufmerksamkeit wird den bei der Geburt im Rectum befindlichen Kotmassen geschenkt. Dann folgen die Beschreibung des reifen Fötus und einige practische Bemerkungen über die Nabelschnur.

Kagawa bemerkt ausdrücklich, dass die Umschlingungen nicht durch heftige Bewegungen der Mutter, sondern des Kindes entstehen und tritt der von der besonderen Gefährlichkeit derselben entgegen.

Er betont dann, dass die Hülfe eines wirklich gebildeten Arztes bei den Geburten unbedingt nötig sei; aber nur ein Fünftel seines Wirkens bestehe in medicamentöser Behandlung, die Hauptsache sei das technische Verfahren. Dieses beruhe vor allem in der Anwendung der „fünf Handgriffe“, die wir jetzt kurz betrachten wollen:

I. Die erste Hülfeleistung (Sa-Ssô) des Arztes während der Wehen einer regelrechten Geburt soll in der Weise geschehen, dass er vor der Frau sitzt, indem er dieselbe sich nach vorn neigen und sich, die Arme um seinen Nacken

schlingend, auf seine Schultern stützen lässt. Seine rechte Hand umwickelt er mit einem Tuche und stützte mit einem Handteller das Steissbein. Bei jeder Wehe hebe er mit der rechten Hand und gleichzeitig mit dem linken Arme den Körper der Gebärenden. Nach einigen Wehen entferne er das Tuch von der rechten Hand und führe den Zeige- und Mittelfinger in die Scheide ein, und zwar von dem After aus nach oben und vorn gehend, um die Lage des Kindes zu erforschen. Ist die Wasserblase zum Platzen bereit, so muss der Arzt mit dem Fingernagel daran kratzen. Tritt ein genügender Abfluss von Fruchtwasser ein, so verspürt die Kreissende sogleich eine bedeutende Erleichterung. Merkwürdigerweise erstreckt sich die vom Arzte auszuführende Tätigkeit nicht auf den Dammschutz; es heisst vielmehr ausdrücklich: Das „Zerreissen der unteren Teile der Scheide geschieht in dem Moment der gewaltsamen Drehung des Kindes, wenn die Hebamme den Anus nicht gehörig gedrückt hat; sie ist aber Schuld daran."

II. Die 2. Handleistung (Dyo-Tô) bezieht sich auf die Beendigung der Geburt bei umgekehrter Lage des Kindes, also auf die Extraction; zuerst soll die Kreissende auf ein genau beschriebenes Querbett gebracht werden. Dann ist zunächst der vorliegende Fuss des Kindes zu diagnosticiren, um die Stelle kennen zu lernen, wo man im Uterus nach dem 2. Fusse zu suchen hat. „Hat man sie beide", heisst es dann wörtlich, so fasst man sie zwischen Zeige- und Mittelfinger und Ringfinger der rechten Hand und lässt sie nicht wieder los. Dadurch hebt der Arzt seinen Ober-

körper, benutzt seine Kniee als Stützpunkt und zieht das Kind schnell mit Gewalt heraus. Führt man die Sache gut aus, so wird kein Dammriss entstehen.“

Bei der Steissgeburt soll man das Kind durch Kneten des Bauches dazu bringen, dass es die Beine streckt.

III. Die dritte Handleistung (Sai-ô) dient zur Reposition der sich eben entwickelten Querlage. Fühlt man, so wird hier ausgeführt, dass der Arm oder der Ellbogen vorliegt, so lasse man die Frau das Querbett einnehmen und drücke mit der linken Hand diesen Teil zurück, indem die Hand um den Wiedervorfall zu verhüten, immer hoch in der Scheide bleibt. Mit der rechten Hand erfasse man die Frucht durch die Bauchdecken hindurch in der linken Seite der Mutter und schiebe sie so zurecht, dass sie in eine gerade Lage kommt.

IV. Der vierte Handgriff (Kyo-Rei) kommt vor bei der Geburt von Zwillingen. Hier ist besonders der als ungünstigste angenommene Fall eingehend erörtert, dass beide Köpfe nach unten liegen.

V. Der fünfte Handgriff (Kwai-Sei) wird im „Sanron“ nicht genauer beschrieben. Derselbe sollte zur Anwendung kommen bei bereits ausgebildeter Querlage, wenn der Arm oder der Ellbogen schon tief in der Scheide lag. Kagawa entschuldigt sich damit, dass die Kenntnis dieses Handgriffes nur direct vom Lehrer auf den Schüler übergehen könne, weil er zu schwer zu beschreiben sei. Der eigentliche Grund aber war wohl der, wie er ja auch in Europa gelegentlich der Er-

findung der Zange mitgespielt hat, dass die Entdecker von technischen Handgriffen doch etwas für sich zurückbehalten wollten und eine Erfindung immer erst dann preisgaben, wenn sie von einer neueren verdrängt wurde, die noch geheimer war. Nach der jetzigen Anschauung der japanischen Geburtshelfer hat Kagawa bei dem geheimgehaltenen 5. Handgriff ein Instrument zum Zwecke der Decapitation und Extraction gebraucht, das wahrscheinlich eine Art Schlüsselhaken darstellte. Wenigstens ist in späterer Zeit ein scharfer Haken sogar in die Hände der Hebammen übergegangen, nachdem die Nachfolger Kagawa's neuere und schönere Instrumente erfunden hatten. Vielleicht ist aber auch die Anwendung des scharfen Hakens so lange geheim gehalten worden, weil sie als sehr grausam galt. Das Publikum erblickte freilich von der Anwendung desselben nichts, wie überhaupt von keiner anderen Handverrichtung, welche der Arzt am Kreissbette vornahm, da dieselben sämtlich im Verborgenen, hinter einem grossen Vorhange geschahen.

Im 2. Bande seines Werkes bekämpft Kagawa den alten Wochenbettstuhl. Früher kamen die Kreissenden grösstenteils auf einer Art Ruhebank nieder, die Sandai San-geburt, Dai-Stuhl) genannt wurde. Auf derselben blieben sie auch nach der Geburt noch 8 Tage liegen, damit sie während dieser Zeit nicht allzu viel schliefen. Kagawa suchte nun diesen Missbrauch abzuschaffen, was ihm indessen nur in den grösseren Städten gelang, während auf dem platten Lande der alte Gebrtsstuhl sich noch heutigen Tages vieler Anhänger erfreut. Ich will hiermit meinen Bericht über den mannigfältigen Inhalt des „Sanron" schliessen.

Derselbe musste in dieser meiner geschichtlichen

Betrachtung sich etwas ausführlicher gestalten, weil Kagawa's Lehren auf die Handhabung der japanischen Geburtshülfe bis zur Mitte des gegenwärtigen Jahrhunderts von massgebendem Einfluss gewesen sind.

Auch seine bedeutenderen Schüler und Nachfolger wandelten ganz in seinen Bahnen, wenn sie auch manches Neue gefunden und eingeführt haben. Der unmittelbare Nachfolger des „ersten Kagawa", war sein Adoptivsohn Kagawa Genteki, auch der „zweite Kagawa" genannt.[1])

Auch dieser ist der Verfasser eines geburtshülflichen Werkes, des sogenannten „Sanron-yok" geworden, das einen Nachtrag zum Sanron darstellt.

Dasselbe erschien im Jahre 1775 in zwei Bänden und behandelt verschiedene Punkte, welche in dem Buche des „ersten Kagawa" noch nicht hinreichend erörtert worden waren. Unter anderem giebt der Verfasser darin an, wie das Abschneiden der Nabelschnur zu handhaben ist. Dieselbe soll 4—5 Centimeter vom Nabel entfernt zum ersten Mal, einige Centimeter weiter zum 2. Mal mit einer dünnen Schnur unterbunden und dann in der Mitte zwischen beiden Stellen mit einem Bambusmesser durchschnitten werden.

Auch der zweite Kagawa legt das Hauptgewicht bei der praktischen Geburtshülfe auf die genaue Kenntnis gewisser Handgriffe, deren er 7 neue beschreibt, welche im Wesentlichen die Ausführung der externen manuellen Palpation am Unterleibe der Schwangeren bestimmen.[2])

---

[1]) In Japan kommt es häufig vor, dass nach dem Tode eines berühmten Lehrers sein Schüler, der sein Nachfolger wird, zugleich auch seinen Namen erhält.

[2]) Für die Palpation des Unterleibes, welche ja auch oft bei Fällen, die ins Gebiet der inneren Medicin gehören, vorgenommen wird, waren den älteren Ärzten in Japan überhaupt sehr genaue systematische Vorschriften bekannt. Genau in der Mittellinie musste der Arzt zunächst seine Hand von der Herzgrube bis zum Schambein mässig drückend herabführen, in gleicher Weise

Die Methode derselben ist ungefähr folgende: Erster Handgriff: man legt die linke flache Hand auf die Nabelgegend der Frau, und streicht mit der rechten Hand gegen die rechte Spin. ant. sup. oss. ilei, und dann gegen die untere Nabelgegend hin. Der zweite Handgriff besteht darin, dass man mit der linken Hand die Unternabelgegend fixiert und dann mit dem Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand von dem Brustbein nach den Lenden zu fährt und von dort aus gegen den Nabel zu einen gelinden Druck ausübt. Beim dritten Handgriff fixiert die linke Hand noch die untere Nabelgegend, und die rechte Hand übt von der Brustbeingegend aus in senkrechter Richtung einen Druck nach unten hin aus.

Der vierte Handgriff geschieht so, dass die Fingerspitze der linken Hand auf den Seitentheil des Bauches aufgelegt wird, während die rechte Hand einen Druck gegen den rechten Teil der Rippenweichgegend ausübt.

Beim fünften Handgriffe liegen die beiden Hände auf der linken und rechten Unterbauchgegend und drücken beide Seiten gegen einander.

Beim sechsten Handgriffe liegen die beiden Hände auf beiden Seiten der Brust und werden allmählich nach abwärts bis zu den Lendenwirbeln geschoben, um dann eine drückende Bewegung gegen die Vorderbauchgegend auszuführen.

---

dann seitlich, immer in der Richtung von oben nach unten palpieren. Hierdurch wurde zunächst der Zustand des normalen dreifachen Inhalts festgestellt, ob das Wasser an einzelnen Stellen angehäuft, ob das Blut klumpig geronnen und verdorben, ob die Lebensgeister dadurch zusammengedrückt seien; dann aber suchte man auch direct zu fühlen, ob eingetrockneter Kot sich an einem nicht zukömmlichen Ort aufhalte, ob Fieber im Magen oder Darm eingeschlossen war, ob klumpige Massen (Geschwülst) fixirt oder beweglich vorhanden waren. Auflegen der Hand auf die Herzgegend Und auf die athmenden Teile des Thorax gehörte zu den seltneren untersuchungen.

Der letzte Handgriff beruht darauf, dass man von der oberen Bauchgegend aus mit beiden Händen einen Druck gegen die Lendengegend hin ausübt.

Der nächste bedeutende Vertreter und Förderer der geburtshülflichen Wissenschaft in Japan, dem wir bei unserer geschichtlichen Betrachtung unsere Aufmerksamkeit zuwenden müssen, war ein Schüler und Adoptivsohn des Vorigen, Namens Kagawa-Mitsusada, der sogenannte „dritte Kagawa." Auch dieser stand wegen seiner grossen Geschicklichkeit und Erfahrung in hohem Ansehen und die Zahl der Schüler, die sich um ihn schaarten, um seine Vorlesungen über die Geburtshülfe zu hören, war eine sehr grosse. Ein grösseres fachwissenschaftliches Werk, wie wir es von seinen beiden grossen Vorgängern überkommen haben, hat er indessen nicht veröffentlicht.

Jedoch hatte Verfasser dieser Arbeit Gelegenheit, ein Buch zu lesen, das einer seiner Schüler durch Nachschreiben seiner Vorlesungen zusammengestellt hat. Eine solche schriftliche Aufzeichnung der Vorträge des dritten Kagawa ist natürlich heute sehr schwer zu beschaffen und gilt daher als sehr wertvoll; man bezeichnet ein derartiges „Collegienheft" als Sankwa-kibum (Sankwa-geburtshülfe. Kibum das, was man gehört und dann niedergeschrieben hat).

In seinen Vorlesungen besprach der dritte Kagawa öffentlich den fünften Handgriff des „Sanron", welchen die beiden früheren Kagawa geheime gehalten hatten.

> Derselbe bestand ungefähr im Folgenden: Die Kreissende wird in Rückenlage auf ein Bett gebracht, der Kopf derselben durch untergelegte Kissen unterstützt. Der Operateur sitzt auf einer Matratze vor der Kreissenden, welche ihre Beine gespreizt rechts und links vor dem Operateur auf die Matratze stützt.

Der Arzt führt nun seinen Zeige- und Mittelfinger der linken Hand in die Scheide hinauf, ergreift dann mit der rechten Hand den Geburtshaken und geht mit demselben ohne jede Gewalt zwischen der eingeführten Hand und dem Kopfe des Kindes ein. Den Haken muss man vor den Augen der Kreissenden verbergen, da ihr Zustand sonst durch die Aufregung verschlimmert werden könnte. Die Einführung des Hakens muss ganz sorgfältig geschehen, damit keine Schleimhautfalten mitgefasst werden. Wenn der Haken gut sitzt, so wird die Extraction angeschlossen. Hierauf hat die Frau die Seitenlage einzunehmen, und es wird alsdann die Nachgeburt herausgezogen. Bei Querlage des Kindes empfiehlt der dritte Kagawa auch den Haken. Man fasst dabei mit demselben den Rumpf des Kindes und führt eine Bewegung der Frucht gegen die unteren Extremitäten zu aus, also bei erster Querlage nach rechts, bei zweiter nach links; bei der hierauf folgenden Extraction kommt dann das Kind in Beckenendlage zur Welt.

Aus den gesammelten Vorträgen Kagawa's ersehen wir ferner, dass er seine Schüler noch über manche anderen geburtshülflich sehr wichtigen Dinge unterrichtete, deren in den Werken seiner beiden Vorgänger keinerlei Erwähnung geschieht.

So finden wir Bemerkungen über künstliche Frühgeburt, Puerperalfieber, Prolapsus Uteri et Vaginae, Tetanus neonatorum; ferner über die Placenta, Blasenmole, Missgeburten, die Complikation der Schwangerschaft mit multipler Neuritis (Bery-Bery, Kkke) und Anderen, Placenta prävia und schliesslich über die Physiologie der Geburt.

Auch hat er eine Methode der Wendung aus Querlage angegeben, bei welcher der Haken nicht mehr gebraucht wurde, bei der vielmehr das Kind nur durch einen besonderen Handgriff in die richtige Lage gebracht wurde.

Ausserdem kennt er noch eine besondere Methode für die Wendung auf den Fuss durch äussere und innere Handgriffe mit nachfolgender Extraction. Gelingt es danach nicht mit dem Finger oder einem stumpfen Haken ein Bein herunterzuholen, so kommt eine besondere Schlinge, erfunden von ihm selbst, zur Anwendung. Dieselbe wird um den Leib des Kindes gelegt und so, während mit einer in die Achsel eingesetzten Fischbeinplatte die Schulter in die Höhe gedrückt wird, dasselbe gewendet.

Ein Schüler des dritten Kagawa's war Mizuhara yoshihiro, der am Anfang dieses Jahrhunderts die Fischbeinschlinge, die noch jetzt bei der Extraction in Japan gebraucht wird, erfand. Durch Hinzufügung eines seidenen Netzes kann dieselbe in eine Kappe verwandelt werden. Sie kommt bei Schädel-, Gesichts- und Steisslagen zur Anwendung, auch beim nachfolgenden Kopfe. Die Extraction mit der Fischbeinschlinge erfordert grosse Kraft, daher erfand schon (Midzuhra) einen besonderen Zugapparat für dieselbe.

Derselbe gab im Jahre 1849 ein Lehrbuch der gesammten Geburtshülfe (Sankwa-Zen-Shô) in 12 Bänden heraus, das gleiche Jahr bezeichnet den Zeitpunkt, von dem an die Geburtshülfe, wie sie in Europa gehandhabt wurde, einen grösseren Einfluss in Japan gewann. Schon circa 70 Jahre zuvor waren verschiedene wissenschaftliche Bücher, z. B. über Astronomie, Mathematik, Physik, Chemie etc. aus dem Holländischen durch Maeno Riyotaku ins japanische übersetzt und von denselben auch ein holländisch-

japanisches Wörterbuch angelegt worden, welches das Studium in der fremden Sprache selbst ermöglichte. Seitdem waren dann auch viele medicinische Bücher, über Anatomie, Physiologie, Chirurgie, Augenkrankheiten, innere Medicin, Heilmittellehre und andere Zweige der Wissenschaft in's Japanische übertragen worden.[1])

Der Erste aber, der die geburtshülfliche Kunst des Abendlandes seinen Landsleuten bequem zugänglich machte, war Funabiki Shikin, der 1848 ein Lehrbuch der Gynäkologie von dem Holländer Flenki in die japanische Sprache übersetzte. Adatzi Tiyôkei war damals der erste Japaner, der die geburtshülfliche Praxis nach europäischer Methode ausübte.

Auch Kakkei Dôsin war am Anfang dieses Jahrhunderts der erste Japaner, der ein Hebammenlehrbuch geschrieben hatte. Kurz darauf schrieb auch bereits ein Japaner, Okasawa Kentsu, ein selbständiges Lehrbuch der neueren Geburtshülfe, das sogar in europäischen Lehrbüchern citiert wurde.

Nachdem auf solche Weise erst einmal die moderne Geburtshülfe Europas in Japan festen Fuss gefasst hatte, gelang es derselben schnell die ältere einheimische Handhabung dieses Faches mehr und mehr in den Hintergrund zu drängen, zumal die wie auf allen Gebieten so auch hier das Neue und zugleich Bessere mit Freude begrüssenden Japaner sich nach Kräften beeilten, den fremdländischen Fortschritten nachzukommen. Daher kam es, dass in den folgenden Jahren in Japan eine grosse Anzahl geburtshülflicher und gynökologischer Schriften erschien, welche mehr

[1]) Unter denjenigen japanischen Ärzten, die in hervorragender Weise bemüht waren, die medicinischen Errungenschaften Europas in ihrem eigenen Lande zu verbreiten, sind besonders zu neueren G. Sugita, S. Udagawa, S Thuboi, Koan Ogata.

oder minder vollständig ihrem transkaukasischen Vorbild entsprachen. Um aber den japanischen Ärzten die Theorie und Praxis der europäischen Geburtshülfe in directester Weise zugänglich zu machen, berief der jetzige Kaiser Mutsu-Hito als Professoren für die medicinische Fakultät der neugegründeten Universität Tokio eine Anzahl tüchtiger Ärzte Deutschlands, welch letzteres Land ihm als in wissenschaftlicher Hinsicht an der Spitze der civilisierten Nationen stehend erschien. Diese Herren haben mit dem grössten Eifer danach gestrebt, die durch jahrhundertelanges ernstes wissenschaftliches Streben in Europa erzielte reiche Frucht wiederum in den neuerschlossenen japanischen Boden zu senken, und ihre Hoffnung, dass ihren Bemühungen in der Zukunft ein segensreicher Erfolg entsprechen möchte, scheint allen Anzeichen nach auch in Erfüllung gehen zu sollen.

Einige derselben haben auch dadurch die japanische Geburtshülfe sehr wesentlich gefördert, dass sie durch sorgfältige an Ort und Stelle gesammelte Beobachtungen diejenigen einschlägigen Punkte feststellten, welche abweichend von in anderen Ländern sich vorfindenden Thatsachen speziell für die practische Ausübung der geburtshülflichen Kunst in Japan von hohem Belang sind. So haben z. B. Wernich und Dönitz zum ersten Male die Form des weiblichen japanischen Beckens einer genaueren wissenschaftlichen Untersuchung unterworfen, über deren Resultate wir hier das Wichtigste berichten wollen. Sie fanden bei den Japanerinnen im grossen Ganzen zwei verschiedene Beckentypen vor. Einen Teil der Becken bezeichneten sie als „stehendovale“ oder runde Becken, der malayischen Form entsprechend, den anderen Teil als „Querovale“, im Eingang breite Becken, sich mehr dem europäischen Typus anschliessend. Beide Autoren vermuten, dass es sich

hierbei um 2 verschiedene Völkerrassen handelt, welche vor Zeiten in Japan mit einander in Berührung gekommen sind. Alsdann würden die Becken mit mehr herzförmigem Eingang auf die malayische Rasse hinweisen, während die mehr breiten Formen sich den europäischen Becken nähern. Diese Letzteren sind nach Wernich das Produkt der Kreuzung der Ainos, der Ureinwohner Japans, mit den eingewanderten Malayien. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten E. Bälz und S. Sakaki, welche gleichfalls das japanische Becken einer eingehenden Erörterung unterzogen; der erstere derselben hat ferner eine Reihe wertvoller Mitteilungen gemacht, welche sowohl in anthropologischer als auch in geburtshülflicher Beziehung sehr interessant sind, und die hier kurz zu referieren uns gestattet sein möge.

Die Farbe der Kinder, sagt der Autor, ist nicht lichter als die der Erwachsenen, im Gegenteil ist sie bei Kindern vor dem Zahnwechsel womöglich noch dunkler, mit einem Stich in's Röthliche. Das Neugeborene heisst in Japan Akambo, d. h. rotes Kind, und das mit Recht, denn in der That ist der röthliche Teint der Kinder in den ersten Lebenstagen auffallender als in Europa, und namentlich erhält sich diese allgemeine rötliche Beimischung weit länger als bei uns.

Um so eigentümlicher ist es, dass gerade die Stelle des Körpers, welche beim Europäer während des Kindesalters und überhaupt während des ganzen Lebens am deutlichsten rote Färbung zeigt, die Wangengegend, beim Japaner wenig rot ist. Bei den Kindern der höheren Stände sieht das Gesicht gewöhnlich gleichmässig blassgelblich aus, und unter den erwachsenen Männern, selbst den weisseren und lichter gefärbten, sind rote Wangen eine Ausnahme. Dagegen ist bei den Kindern aus dem Volke und bei den kräftigen

Frauen der arbeitenden Klassen rote Wangenfärbung ziemlich häufig, gilt aber bei den letzteren für nichts weniger als schön. Von lokalen Pigmentirungen ist bemerkenswerth das Verhalten der Linea alba, d. h. der Mittellinie des Bauches. In Europa wird Pigmentirung daselbst fast nur bei Frauen während der Schwangerschaft beobachtet, und wird sie daher unter den Schwangerschaftszeichen aufgeführt. In Japan wäre eine solche Deutung voreilig, ja lächerlich. Denn nicht bloss beobachtet man eine Braunfärbung der Medianlinie des Unterleibs bei Frauen des verschiedensten Alters ohne allen Bezug zur Schwangerschaft, sondern eine solche Pigmentirung ist auch bei Männern gar nicht selten, namentlich wenn dieselben mit Unterleibsleiden behaftet sind.

Dass die Brustwarzen und ihre Umgebung meist dunkler sind als bei blonden Europäerinnen, lässt sich nicht anders erwarten, indessen giebt es doch Mädchen, welche eine zart rosafarbige Mammilla und einen fast pigmentlosen Warzenhof haben.

Dunkle Pigmentirung ist ferner sehr gewöhnlich an den Genitalien, namentlich bei Frauen an der meist stark entwickelten Labia Minora und am introitus vaginae. Unstreitig die interessanteste Pigmentirung aber ist ein dunkelblauer Fleck, welchen alle neugeborenen japanischen Kinder auf der Kreuzbeingegend oder auf den Hinterbacken tragen. Seltener wird der Fleck an anderer Stelle, z. B. an einem Beine beobachtet. Derselbe tritt zuerst im 5. Fötalmonat, also im Beginn der zweiten Hälfte der Schwangerschaft auf und verliert sich bald in den ersten beiden Lebensjahren, bald ist er durch das ganze Kindesalter sichtbar. Ob ein solcher schwarzblauer Glutealfleck auch anderwärts beobachtet ist, etwa bei den Kindern von Eltern dunkler Complexion in Europa, ist mir unbekannt;

ich habe früher nicht darauf geachtet, und die Bücher, die sonst die Pigmentirung der Haut ausführlich behandeln, schweigen über diesen Gegenstand. Und doch verdient derselbe die Aufmerksamkeit des Anatomen und Physiologen im hohen Grade, denn wir haben hier meines Wissens den einzigen Fall vor uns, in welchem Pigment normaler Weise in der Lederhaut (Corium) des Menschen vorkommt. Bei allen sonstigen physiologischen Pigmentirungen liegt der Farbstoff ganz oder überwiegend in der Oberhaut (Epidermis) und erscheint hier in seiner eigentlichen Farbe als gelb, als braun, oder in dickeren Schichten als schwarz. Der Steissfleck dagegen, obwohl durch ein ganz ähnliches Pigment hervorgebracht, erscheint blau; dies ist stets der Fall, wenn der Farbstoff in dem matt durchscheinenden Gewebe der Lederhaut sitzt. Wie der Fleck entsteht, ist unklar; irgend ein besonderer intrauteriner Druck kann nicht die Schuld tragen, denn der Fleck kommt bei Schädel- und Steisslagen gleichmässig vor; auch erscheint der Fleck viel zu früh für eine derartige Entstehung. Ein Druckfleck würde nach der Geburt bald verschwinden, und endlich entscheidet der mikroskopische Befund definitiv für eine regelmässig vorkommende physiologische Erscheinung.

Der erwähnte blaue Pigmentfleck Neugeborener rührt her von einem ebenfalls braunen, bez. schwarzen Pigment, das aber in der Lederhaut und nicht in der Epidermis sitzt. Es ist an lange, unregelmässige, mit plumpen Fortsätzen versehene und oft schlangenartig gedehnte, in anderen Fällen sternförmige, an Chorioideazellen erinnernde Zellen gebunden, die in grosser Zahl vorhanden sind und mit ihrer Längsrichtung überwiegend parallel der Hautoberfläche verlaufen. Die Pigmentzellen scheinen in gar keinem organischen Zusammenhang mit dem Coriumgewebe zu stehen, viel-

mehr sehen sie aus, wie zufällig hineingelangte Fremdkörper. Nur in einem von den vier untersuchten Fällen konnte man ihre Entstehung aus den Bindegewebszellen deutlich erkennen. Die letzteren füllten sich unter raschem Wachstum mit den Farbestoffkörnern an. Die dunkeln Zellen sind offenbar alte Zellen, denn sie brechen und bröckeln leicht ab. Am reichlichsten finden sie sich in den tiefen Cutisschichten, nach dem Papillarkörper hin werden sie spärlicher und haben dann hier eine mehr senkrechte Richtung. Am reichlichsten, oft ein förmliches Netzwerk bildend, fand ich sie in Haaren und zwar in demjenigen Teil derselben, der der Papille unmittelbar aufsitzt. Im Epithel kommen sie nie vor. Ein Kern ist meist nicht zu sehen; wo er erkennbar ist, hat er eine hellere Farbe als das Protoplasma.

Noch einige Bemerkungen von Baelz über den Kopf des Neugeborenen mögen hier Platz finden; die Entbindung dauert bei der Japanerin weit kürzere Zeit als bei der Europäerin, und daher wird die Gestalt des Kindskopfes durch die Geburt weniger entstellt. Das europäische Neugeborene, namentlich wenn es das erste Kind ist, bringt bei gewöhnlicher Lage im Mutterleib und bei gewöhnlichem Geburtsverlauf einen in der Scheitelgegend nach hinten verlängerten Kopf mit zur Welt, zum Teil durch eine unter der Haut gelegene Blutansammlung, teils durch Druck auf die weichen Schädelknochen beim Durchgang durch das knöcherne Becken der Mutter. Je schwieriger und länger die Geburt, um so deutlicher die Veränderung des Kopfes. Diese Entstellung verliert sich meist im Laufe weniger Wochen. Bei der Japanerin verläuft, wie gesagt, die Geburt schnell und leicht, daher auch meist geringere Kopfdeformation; aber das Wenige, was davon vorhanden ist, genügt für die Japaner, um

ein Hülfsmittel dagegen anzuwenden. Dieses Hülfsmittel ist ganz logisch und gerechtfertigt; es besteht im Streichen und Kneten, oder, wie man in Deutschland gewöhnlich sagt, im Massiren. Die Procedur „Marumer", das Rundmachen des Kopfes.

Baelz giebt ferner an, dass die Chorea, bei Schwangeren in Europa öfters beobachtet, in Japan äusserst selten sei, dass dagegen Eklampsie relativ häufiger vorkommen, insbesondere am Ende der Schwangerschaft.

In neuester Zeit hat S. Sakaki, Assistent an der geburthülflich-gynäkologischen Universitätsklinik zu Tokio, einige belangreiche Untersuchungen über den gewöhnlichen Geburtsverlauf in Japan veröffentlicht. Derselbe fand bei Erstgebärenden als Durchschnittszeit für die Eröffnungsperiode 9 Std. 53 Min., für die Austreibungsperiode 1 Std. 52 Min. und für die Nachgeburtsperiode 15 Min. 10 Sec. Bei Mehrgebärenden erhielt er im Mittel für die Eröffnungsperiode 4 Std., für die Austreibungsperiode 1 Std. 20 Min., und für die Nachgeburtsperiode 10 Min. 33 Sec. Im ersten Falle betrug die Anzahl aller berücksichtigten Geburten 40, im letzteren Falle 126. Sakaki giebt auch an, bemerkt zu haben, dass bei Knieende-Stellung der Frau die Geburt gemeinhin etwas schneller von statten gehe als bei Rückenlage. Er berichtet auch, dass in Japan die zweite Kindeslage ungleich häufiger beobachtet werde als die erste (Rücken nach links.)

Augenblicklich lehren an der Universität zu Tokio Geburtshülfe und Gynäkologie ein japanischer Professor und mehrere japanische Docenten. Die hervorragenden europäischen Ärzte, bei denen diese Herren vordem gelernt haben, sind bereits zum grossen Teil wiederum in ihre Heimat zurückgekehrt, das stolze Bewusstsein

im Herzen, dass sie in Japan als echte Pioniere ihrer Wissenschaft gewirkt haben.

Das Unterrichtsgesetz vom Jahre 1876, durch welches auch das medicinische Studium in Japan neugeordnet wurde, enthält folgende uns hier besonders interessierende Stelle:

> „Wer Geburtshelfer in Japan werden will, kann ein bezügliches Erlaubnispatent erhalten, wenn er eine Prüfung der gesammten Anatomie und Physiologie sowie in der Pathologie derjenigen Körperteile, welche er speziell zu behandeln hat, ausreichend bestanden hat."

Auch die Hebammen werden jetzt nach europäischem Muster in besonderen Hebammenschulen, deren es im Lande seit 1876 eine grössere Anzahl giebt, durch Ärzte und nicht mehr, wie in der alten Zeit, durch andere Hebammen herangebildet. In diesen Anstalten lernen Mädchen im Alter von 25 Jahren die allgemeinen Grundzüge der Anatomie und Physiologie, namentlich aber die Hebammenkunst, in der sie dort auch dauernd praktisch eingeübt werden. Nachdem sie darauf das vorgeschriebene Examen bestanden haben, dürfen sie als tüchtige und kenntnissreiche Hebammen angesehen werden, die bei normalen Geburten auch allein die nötige Hülfeleistung übernehmen können.

Aus den wenigen Thatsachen schon, die wir soeben angeführt haben, und auf die wir uns hier beschränken wollen, geht zur Genüge hervor, dass man in den letzten zwei Jahrzehnten in Tokio den festen Vorsatz verfolgte, in möglichst kurzer Zeit auch auf den Gebieten der Geburtshülfe das Niveau der Gegenwart zu erreichen. Auch auf diesem Gebiete wurde mit den althergebrachten Auffassungen und Gewohnheiten, die sich längst überlebt hatten, ein für alle mal gebrochen und die heutige exakte wissenschaftliche

Forschung zur alleinigen Richtschnur gewählt. Und wenn wir heute auf das zurückblicken, was in der kurzen Zeit seit dem Anbruch der neuen Aera in Japan in Bezug auf die Verbesserung der Geburtshülfe geleistet worden ist, so dürfen wir mit freudiger Genugthuung anerkennen, dass man daselbst auf dem besten Wege ist, in nicht langer Zeit auch in diesem Zweige der Wissenschaft hinter keinem der Länder zurückzustehen, über denen gegenwärtig das Banner der modernen Civilisation weht. Endlich sei es uns gestattet, die Hoffnung und den Wunsch auszusprechen, dass es Japan vergönnt sein möge, in Zukunft nicht nur sich die glänzenden Fortschritte der europäischen Wissenschaft zu Eigen und zu Nutzen zu machen, sondern auch durch eigenes selbständiges Weiterstreben auf dem so erfolgreich betretenen neuen Pfade die allgemeine wissenschaftliche Forschung zu fördern und zu bereichern.

Erklärung der Tafeln.

I. Tanrioki. Fischbeinschlinge (a) zur Extraction des Kindes am Kopf. mit hölzernem Griff. (b)

II. Doppelte Fischbeinschlinge (a). besonders zur Extraction des nachfolgenden Kopfes bei Steisslage angewendet. mit Holzgriff. (b) Um ein zu weites Klaffen der beiden Fischbeinbogen von einander zu verhindern, sind sie durch ein seidenes Netz (c) verbunden.

III. Der Haken. welchen man um das Kind in Stücke zu zerschneiden oder zerhacken werden.

IV. Rahmengestell. wie es früher in Japan in Gebrauch war, um die knieende Niederkommende zu stützen.

V. Japanisches Kreissbett mit Bodenmatratze (a) und der zusammengerollten über einander geschichteten und die Rücklehne bildenden Entons. (b)

VI. Anwendung der in Tafel I besonders abgebildeten Fischbeinschnur zur Extraction des Kopfes.

VII. Anwendung der in Tafel II besonders abgebildeten doppelten Fischbeinschlinge zur Extraction des nachfolgenden Kopfes.

VIII. Alte Methode der Wendung auf den Steiss durch combinirte Handgriffe. Die äussere Hand drängt den Steiss nach unten, die innere den Kopf nach oben.

IX. Alte Methode der Wendung auf den Steiss. Einführung von vier Fingern, um die vorliegende Schulter nach oben zu drängen.

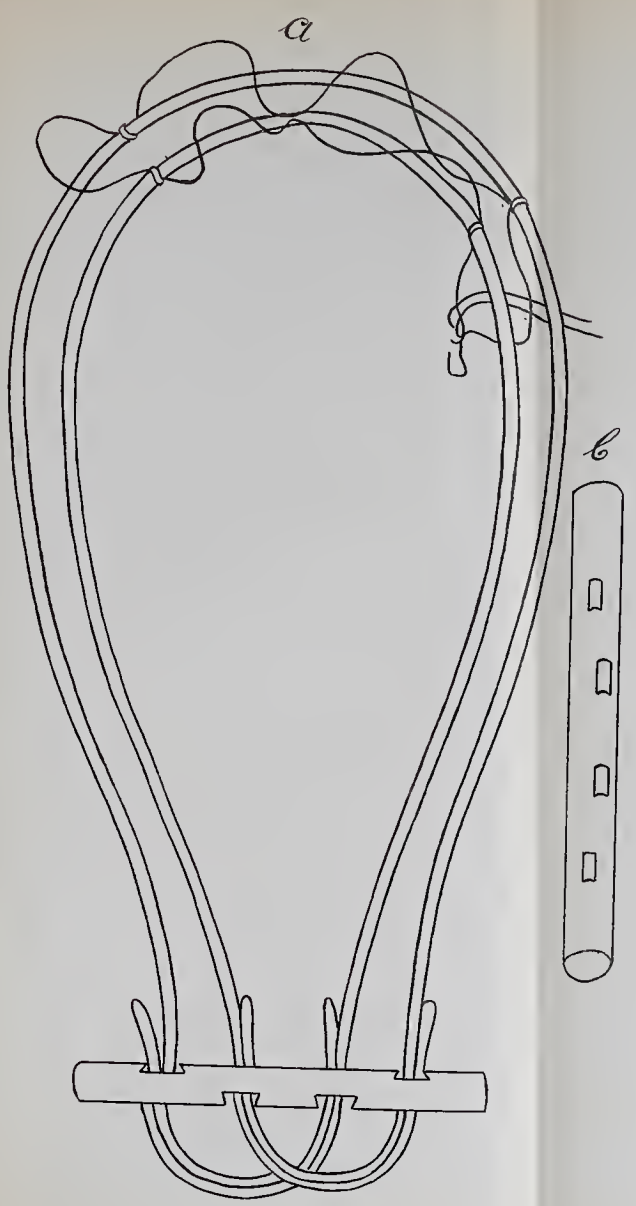
X. Wendung auf den Steiss bei vorgefallenem Arm. Die eine fixirt letzteren, während die andere einen Fuss herunterholt.

XI. Methode der Extraction an den Füssen.

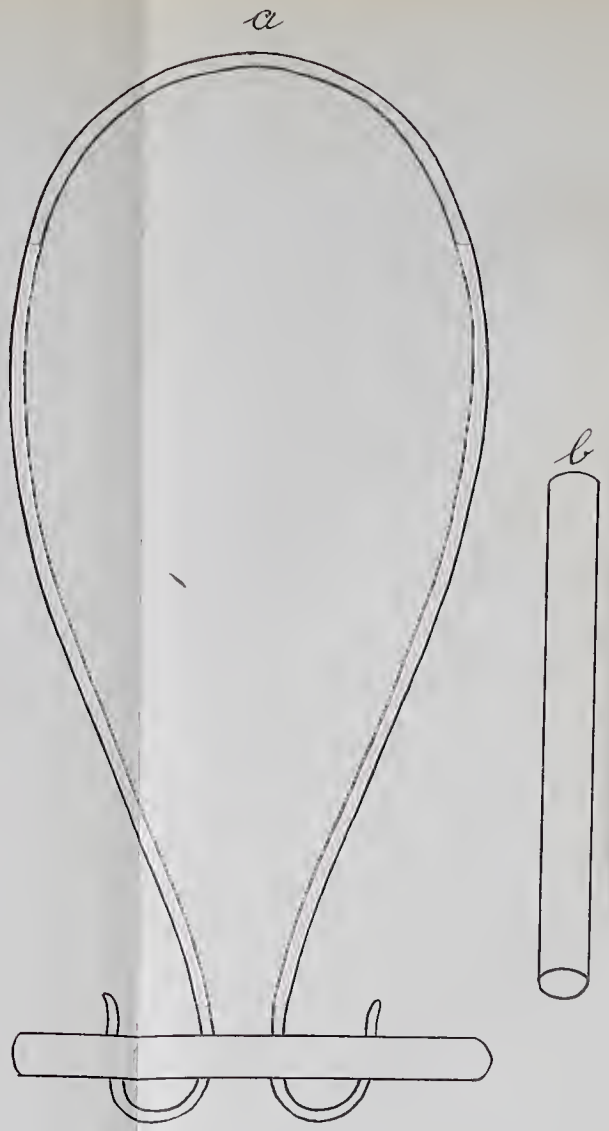
XII. Fortsetzung der Extraction am Beckenende. Lösung der Arme.

XIII. Manuelle Extraction des nachfolgenden Kopfes.

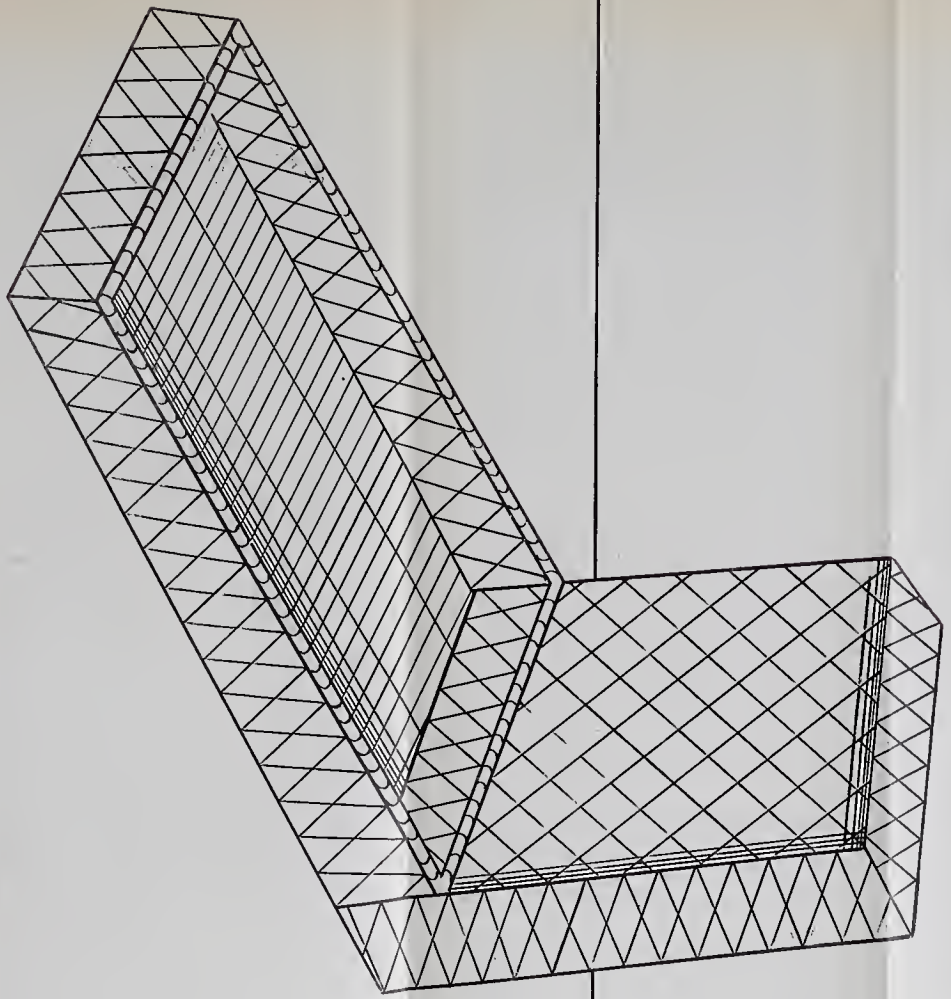
I.



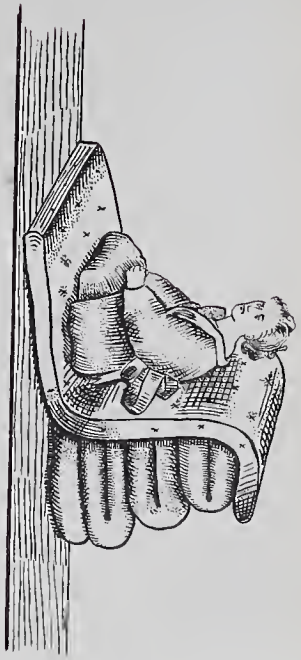
II.

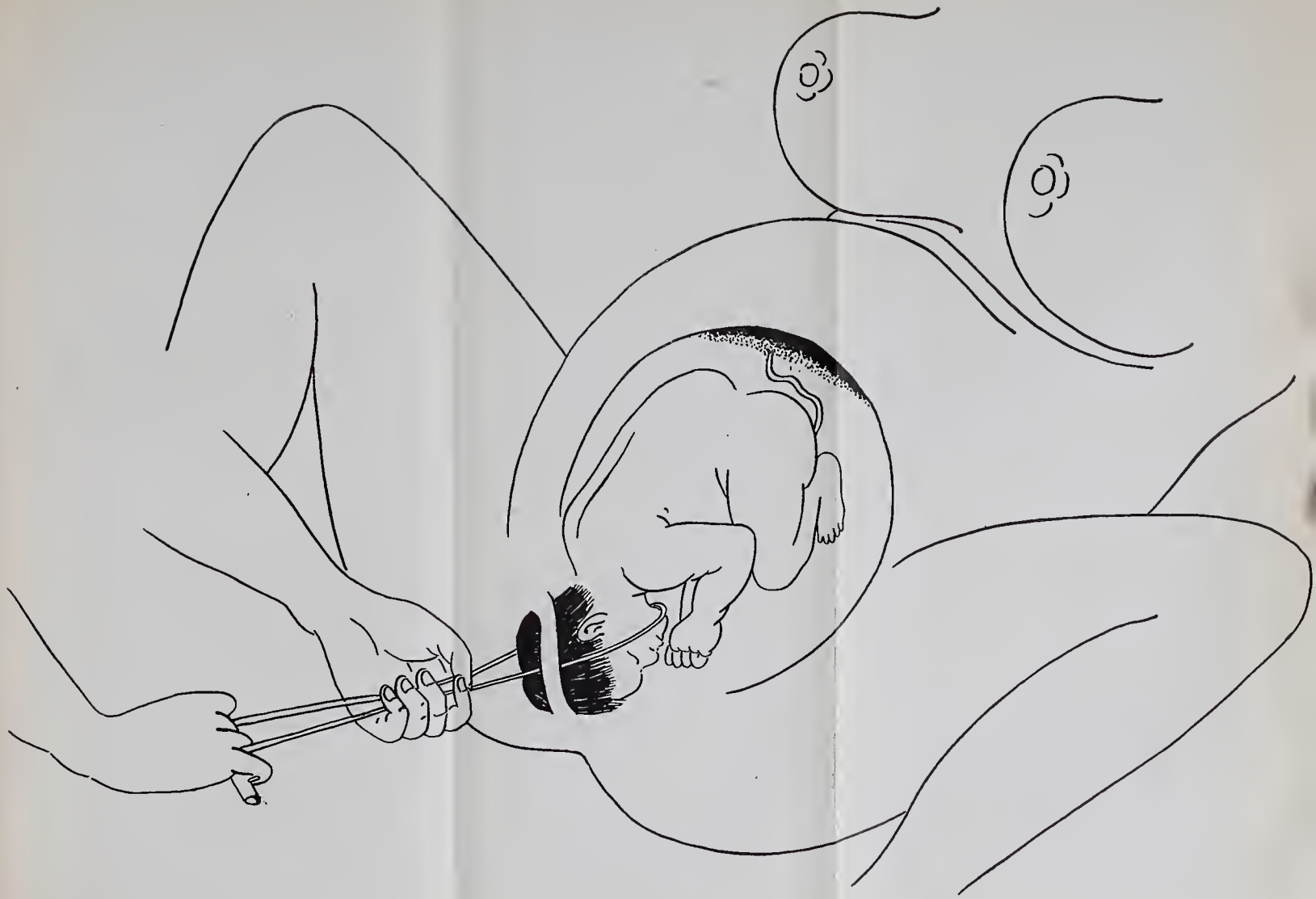


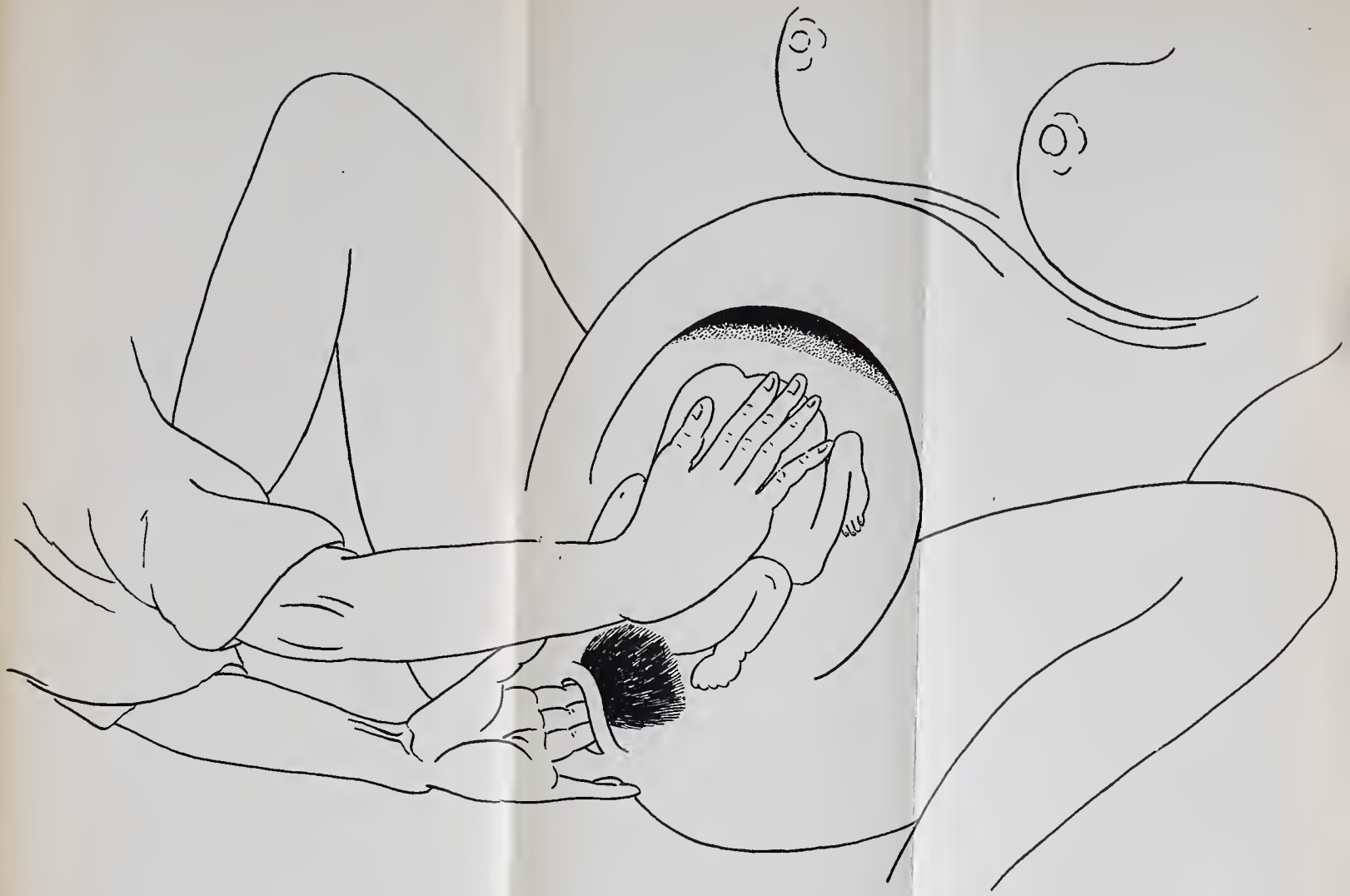
IV.

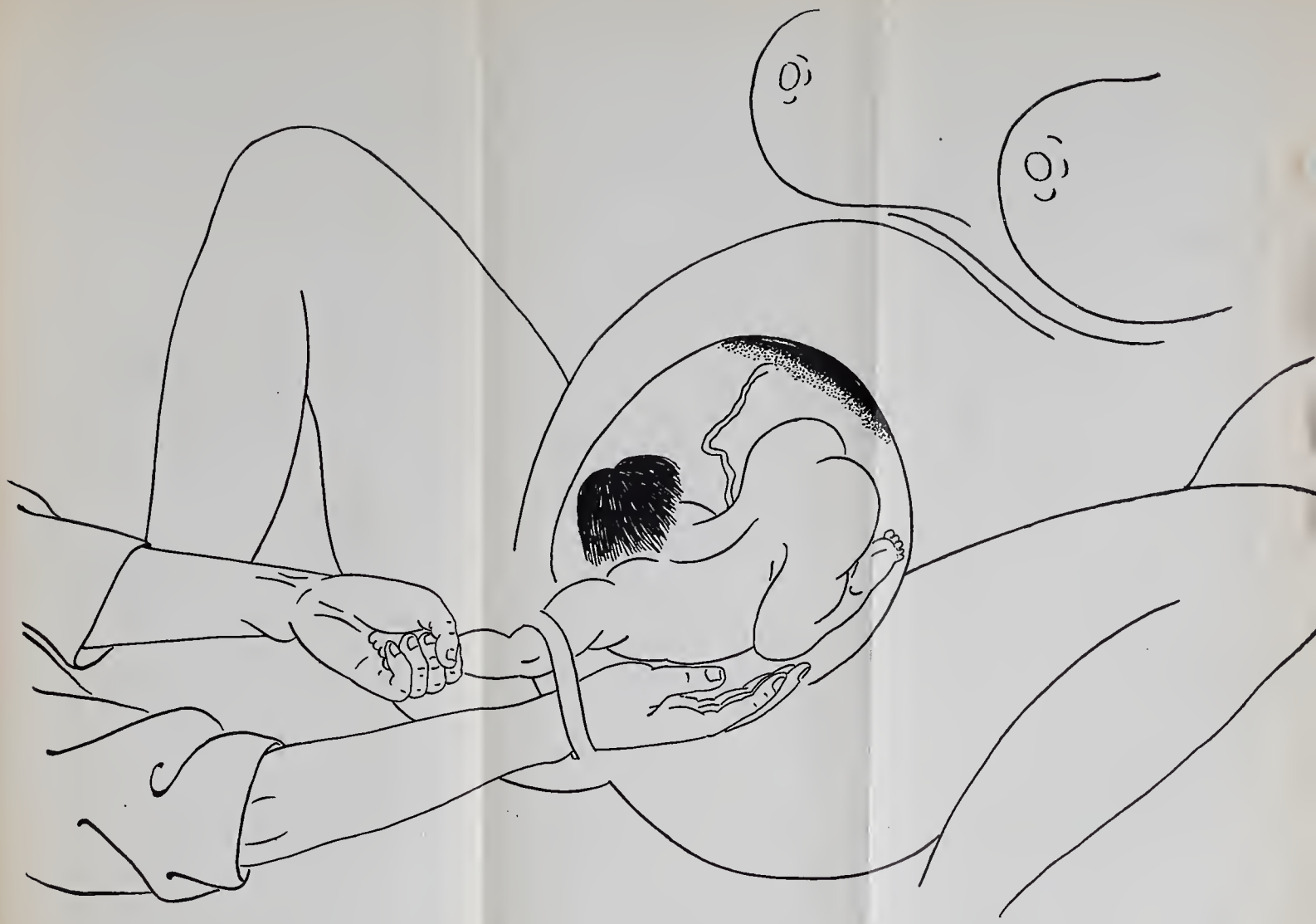


V.



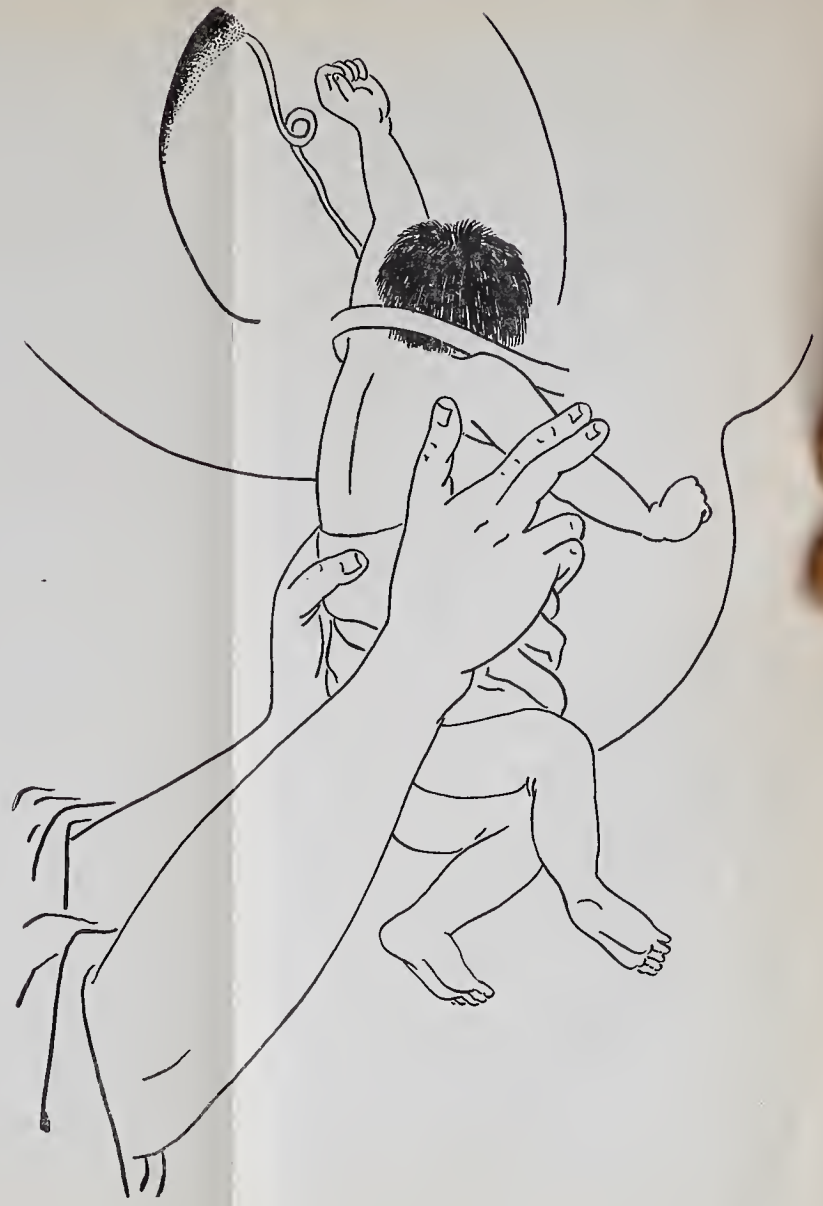






XIII.

XII.



Wärterin. Baden des Kindes. Wärterin, die das Kind mit wollenem Tuche einwickeln will. 89
Die Sternbinde legt in Japan jeder an, der schwer arbeitet, angeblich um Kostengestiern zu verhindern.

20cm
STAINLESS STEEL
24ColorCard
CameraTrax.com